THESE

DE

José Gonçalves do Passo

1871

THESE

APRESENTADA

A FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

PARA SER SUSTENTADA

EM NOVEMBRO DE 1871

POR

José Gonçalves do Passo

NATURAL D'ESTA PROVINCIA

Filho legitimo de José Gonçalves do Passo e D. Antonia Gomes Leite do Passo

PARA OBTER O GRAU

DE

DOUTOR EM MEDICINA

> *Diriger toutes vos actions de manière à atteindre, autant que possible, le dernier terme de votre profession, qui est de conserver la vie, de retablir la santé et d'alleger les souffrances d'autrui.*
>
> (Huffeland.)

BAHIA:

TYPOGRAPHIA DE J. G. TOURINHO

1871.

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA.

DIRECTOR

. . . .

VICE-DIRECTOR

O Ex.mo Snr. Conselheiro Dr. Vicente Ferreira de Magalhães.

LENTES PROPRIETARIOS.

OS SRS. DOUTORES	1.º ANNO.	MATERIAS QUE LECCIONAM
Cons. Vicente Ferreira de Magalhães .		Physica em geral, e particularmente em suas applicações á Medicina.
Francisco Rodrigues da Silva. . . .		Chimica e Mineralogia.
Adriano Alves de Lima Gordilho . . .		Anatomia descriptiva.
	2.º ANNO.	
Antonio de Cerqueira Pinto		Chimica organica.
Jeronymo Sodré Pereira		Physiologia.
Antonio Mariano do Bomfim		Botanica e Zoologia.
Adriano Alves de Lima Gordilho. . . .		Repetição de Anatomia descriptiva.
	3.º ANNO.	
Cons. Elias José Pedroza		Anatomia geral e pathologica.
José de Goes Sequeira		Pathologia geral.
Jeronymo Sodré Pereira		Physiologia.
	4.º ANNO.	
Cons. Manoel Ladislão Aranha Dantas .		Pathologia externa.
Demetrio Cyriaco Tourinho		Pathologia interna.
Conselheiro Mathias Moreira Sampaio		Partos, molestias de mulheres pejadas e de meninos recemnascidos.
	5.º ANNO.	
Demetrio Cyriaco Tourinho		Continuação de Pathologia interna.
José Antonio de Freitas.		Anatomia topographica, Medicina operatoria, e apparelhos.
. . . .		Materia medica, e therapeutica.
	6.º ANNO.	
Rozendo Aprigio Pereira Guimarães . .		Pharmacia.
Salustiano Ferreira Souto		Medicina legal.
Domingos Rodrigues Seixas		Hygiene, e Historia da Medicina.
Jose Affonso de Moura.		Clinica externa do 3.º e 4.º anno.
Antonio Januario de Faria		Clinica interna do 5.º e 6.º anno.

OPPOSITORES.

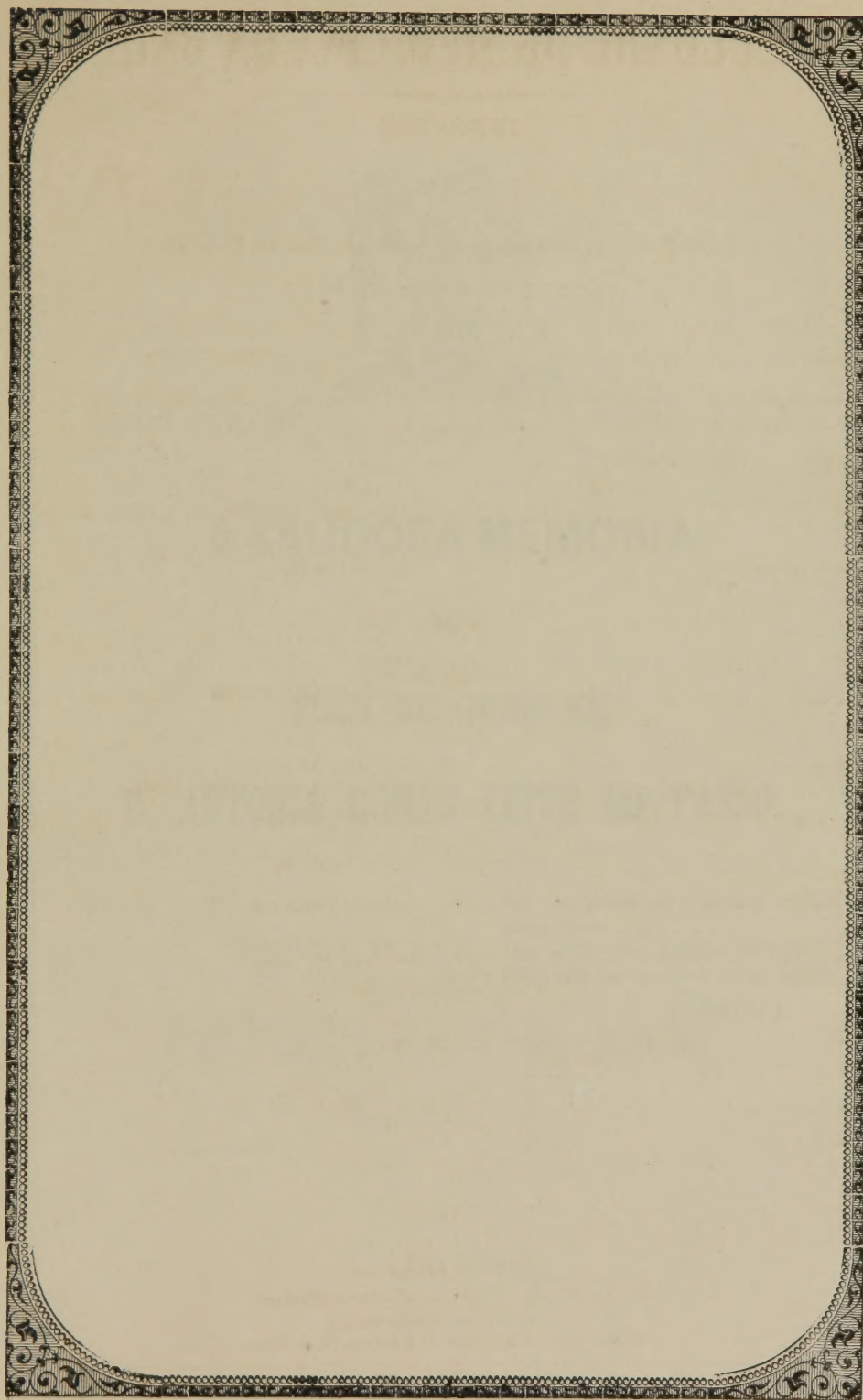
. . . .	Secção Accessoria.
Ignacio José da Cunha.	
Pedro Ribeiro de Araujo.	
José Ignacio de Barros Pimentel. . .	
Virgilio Clymaco Damazio	
. . . .	Secção Cirurgica.
Augusto Gonçalves Martins.	
Domingos Carlos da Silva.	
Antonio Pacifico Pereira	
. . . .	
. . . .	Secção Medica.
Luiz Alvares dos Santos	
Ramiro Affonso Monteiro.	
Egas Carlos Moniz Sodré de Aragão .	
Claudemiro Augusto de Moraes Caldas .	

SECRETARIO.

O Sr. Dr. Cincinnato Pinto da Silva.

OFFICIAL DA SECRETARIA

O Sr. Dr. Thomaz d'Aquino Gaspar.

A Faculdade não approva, nem reprova as opiniões emittidas nas theses que lhe são apresentadas.

A SAUDOSA MEMORIA

DE

MINHA EXTREMOSA MÃI

D. ANTONIA GOMES LEITE DO PASSO.

> Ah! vous pleurer est le bonheur suprême
> Mânes chéris. . . . .
> Vous oublier c'est s'oublier soi-même
> N'étes vous pas un debris de nos cœurs?
>
> (LAMARTINE.)

G. P.

AS VENERANDAS CINZAS

DE

MEUS AVÓS PATERNOS E AVÔ MATERNO

Um pranto de eterna saudade!!

A MEMORIA

DE

TODOS OS MEUS PARENTES

Saudades.....

G. P.

A MEU PAI

E MEU MELHOR AMIGO O SR.

José Gonçalves do Passo

Meu Pai.

Eis-me chegado ao fim de minha perigrinação; eis terminados os vossos sacrificios e as minhas fadigas.

São tão numerosos os benificios, que tenho recebido de vós, que nesta hora a mais solemne da minha vida faltão-me expressões para demonstrar o que minha alma sente.

A gloria que hoje alcanço, os louros que hoje cingem a minha fronte, tambem vos pertencem.

Confiado, pois, em vossa acostumada indulgencia, e em vosso extremoso coração, animo-me a supplicar-vos que acceiteis o meu insignificante trabalho, não em compensação do quanto vos devo, mas, como signal do mais profundo reconhecimento e amor filial.

Abençoai ao vosso filho

José.

Á MEUS IRMÃOS

Joaquim Gonçalves do Passo
D. Maria Guilhermina do Passo Baptista
D. Anna Thereza Leite do Passo

Oh! palavras, oh lingoa! quam sois fracas
Para d'alma narrar os sentimentos.

(*Magalhães.*)

A MEU CUNHADO

O Sr. José Baptista Pereira Marques

Sincera prova de gratidão.

G. P.

A MEUS SOBRINHOS

José Baptista Pereira Marques
Antonio Baptista Pereira Marques

Adelina Merentina B. Marques
Maria Emilia B. Marques

A MINHA QUERIDA AVÓ MATERNA

A EXMA. SRA.

D. ANNA ANGELICA DE CARVALHO PIMENTEL

Amisade e respeito.

A TODOS OS MEUS PARENTES

Amisade.

A MEU PADRINHO

O EXM. SNR.

BARÃO DE PEREIRA MARINHO

Consideração e respeito.

G. P.

AOS MEUS VERDADEIROS AMIGOS

OS SRS.

José de Castro Lima **Manoel Lopes Pontes**

E AS SUAS EXCELLENTISSIMAS FAMILIAS

Em quanto me animar da vida o sopro
Grato publicarei vossos favores.

* * *

A MEUS MESTRES

Respeito.

A EXCELLENTISSIMA SENHORA

D. MARIA JOAQUINA DE VASCONCELLOS

Gratidão.

A MEUS COLLEGAS DOUTORANDOS

COM ESPECIALIDADE

Augusto de Souza Marques ***Antonio de Azevedo Monteiro***
Antonio Monteiro Alves

Tu que conheces minha alma
D'ella acceita a gratidão,
Saudades d'alma nascidas
Suspiros do coração,
E o triste saudoso adeus
De nossa separação.

(Dr. *Ferreira Lopes.*)

A TODOS OS MEUS AMIGOS

Retribuição de amisade.

A ILLUSTRADA CONGREGAÇÃO DA FACULDADE

Respeito.

G. P.

Hemorrhagia puerperal e seu tratamento

DISSERTAÇÃO

> Ont peu le dire avec verité, les hémorrhagies des femmes enceintes sont les maladies qui exigent le plus de sang froid, le plus de connaissances et le plus d'habilité.
>
> En présence de semblables accidents en effet, quelques seconds de plus ou de moins décident souvent de la vie ou de la mort de deux êtres également chers.
>
> (Velpeau—Traité complet de l'art des accouchements.)

CHAMA-SE hemorrhagia puerperal toda perda sanguinea que sobrevém a mulher em qualquer periodo da gestação e do parto, ou ainda depois da expulsão do feto e seus annexos: comprehendendo debaixo desta denominação não só as perdas sanguineas que teem sua séde nos orgãos genitaes, no feto e seus annexos, como tambem em outro qualquer orgão, como estomago, o encephalo, os pulmões, etc.

Nos occuparemos aqui somente das perdas, que teem sua origem nos vosos do utero, do feto e de seus annexos.

As outras, quaesquer que sejão suas origens e sédes, apresentão durante a prenhez, como diz M. Cazeaux, as mesmas indicações que em qualquer outra épocha da vida, e só em casos raros obrigaráõ o parteiro á terminar apressadamente o parto.

Dividiremos a nossa dissertação em tres partes: na primeira trataremos da metrorrhagia, que pode sobrevir desde o começo da gestação até a expulsão do feto; na segunda da que pode complicar o delivramento, e na terceira do metorrhagia lochial.

PRIMEIRA PARTE

Da metrorrhagia que pode sobrevir desde o começo da gestação até a expulsão do feto.

ETYOLOGIA

Dividiremos as causas das hemorrhagias uterinas em causas predisponentes, determinantes e especiaes.

Causas predisponentes.—A prenhez imprime na circulação geral grandes e profundas modificações: assim o pulso torna-se cheio e frequente, manifestão-se palpitações, difficuldades na respiração, engorgitamento dos troncos venosos inferiores. Além destas grandes perturbações, dão-se modificações importantes nos orgãos genitaes, principalmente no utero.

O ovulo no primeiro mez da vida intra-uterina, não tendo ainda contrahido senão fracas adherencias com a parede uterina, nutre-se á custa dos liquidos segregados na face interna deste orgão.

Mais tarde principia a formação da placenta e dos numerosos vasos, que se dirigem da face interna do utero e da face externa do chorion, para se encontrarem, se entrelaçarem e se unirem. Para esta nutrição e esta rica organisação, dá-se um afluxo consideravel de liquidos para este orgão, em virtude desta secreção abundante e deste trabalho de organisação vascular, a circulação torna-se muito activa, o que predispõe muito á hemorrhagias. Uma impressão moral, uma commoção physica, pelo desarranjo circulatorio que ellas produzem, podem perturbar a harmonia que preside esta nova creação e desaranjar as relações que se estabelecem entre o utero e o ovulo; então os vasos de nova formação não podendo resistir á pressão da columna sanguinea, por causa da pequena resistencia das suas paredes, rompem-se e um extravasamento sanguineo se manifesta.

Quando a gestação é mais adiantada, a placenta está organisada. Porém a dupla circulação, o desenvolvimento consideravel do apparelho vascular do utero, a estructura particular dos vasos utero-placentarios favorecem muito ainda as perdas uterinas.

Nos ultimos periodos da prenhez, encontrão-se as seguintes modificações: as arterias augmentão de calibre, logo que se approximão do utero; antes de fornecerem as primeiras ramificações, se dilatão, se contornão em forma de saca-rolhas e se dirigem entre o peritoneo e a face externa do orgão; ao depois dão ramos que se dirigem para as partes anteriores e lateraes, e se ramificão. Todas essas ramificações vão até o interior do orgão, umas ahi terminão-se, outras se dirigem á placenta. As veias ovaricas mais que as uterinas augmentão de calibre. Estes vasos são mais largos na inserção da placenta, e diminuem á proporção que d'ahi se affastão, se reduzem a sua tunica interna e se dilatão até chegarem á constituir vastos seios, que se communicão e se cruzão na face adherente da placenta, o que exprime muito bem Cazeaux, nos seguintes termos: *ces sinus communiquent à l'infini entre eux de manière à représenter, pour ainsi dire, un véritable lac de sang cloisonné.* Em virtude desta disposição dos vasos, o sangue passa de troncos pouco volumosos para cavidades amplas, largas e multiplicadas, no systema arterial; no systema venoso ao contrario, o sangue passa de cavidades muito espaçosas para tubos mais estreitos. Jacquemier considera esta disposição, como a causa da demora na circulação uterina produzindo a estase do sangue, o engorgitamento dos vasos e ao depois a hemorrhagia, fundando-se na seguinte lei de hydraulica: «quando corre um liquido em um tubo continuo, a quantidade que em um momento dado atravessa as differentes secções do tubo, deve ser a mesma por toda parte; e a velocidade diminue se o tubo se alarga e vice-versa.»

Cazeaux não compartilha estas ideias, diz elle: Se com effeito, o curso do sangue nas arterias é demorado por causa da sua passagem de troncos pouco volumosos para cavidades amplas, largas e multiplicadas, é pelo contrario accelerado nas veias pela passagem de cavidades espaçosas para tubos estreitos. Por conseguinte ha compensação. O mesmo parteiro conclue dizendo que, muitas circumstancias podem destruir esta harmonia e que a perda pode ter logar: 1.º por exhalação sanguinea, principalmente nos primeiros tempos da prenhez; 2.º pela ruptura das veias e arterias utero-placentarias propriamente ditas; 3.º pela ruptura das veias e arteriolas que rastejão na espessura da membrana caduca, por fóra da placenta.

As mulheres plethoricas e abundantemente regradas são predispostas á hemorrhagias. A suppressão das regras durante a prenhez representa

tambem um papel importante. As mulheres nervosas, nas quaes todas as excitações se reflectem no utero, são tambem predispostas.

O utero á medida que se desenvolve vae comprimindo os vasos subjacentes, e portanto embaraçando a circulação nelles, e em consequencia deste embaraço pode resultar uma estase sanguinea nos seios venosos, estase que pode romper algum destes seios e dar logar á uma hemorrhagia.

Gendrin reune ás causas predisponentes, o desenvolvimento do tecido muscular do utero. O utero nos ultimos mezes da prenhez é formado de trez camadas, esta tripla camada debaixo de excitações internas e externas pode tornar-se a séde de espasmos, que produzem contracções irregulares neste orgão.

Esta sorte de espasmos pode trazer rupturas nas ramificações vasculares ou descollamento parcial da placenta, e por conseguinte extravasações sanguineas.

São ainda causas predisponentes, o abuso das bebidas alcoolicas, a frequencia dos espectaculos, dos bailes, a alimentação excitante, os drasticos, as inflammações agudas e chronicas do utero e seus annexos, o uso de banhos muito quentes, a applicação de sanguessugas na vulva; o côito representa um importante papel na producção das hemorrhagias. Parent Duchatelet, fallando da prostituição de Pariz, diz que as metrorrhagias frequentes, que soffrem as prostitutas teem por causa o abuso dos prazeres sexuaes.

Causas determinantes.—A acção muito prolongada das ultimas causas predisponentes pode tornal-as verdadeiras causas determinantes. Ellas se dividem em moraes e physicas. As primeiras obrão da seguinte maneira: primeiramente dá-se o abalo nervoso; consecutivamente ha um affluxo sanguineo para o utero, uma congestão exagerada, ruptura vascular e a perda sanguinea. Estas causas são as seguintes: As emoções moraes, um pezar profundo, uma alegria immoderada, um susto, o accesso de colera, a vista de um objecto ou de uma pessoa que inspire repugnancia, etc. As segundas são: Um choque, marchas forçadas, uma quéda, esforços physicos, a tosse, o vomito, o esforço para levantar um pezo, as fadigas de equitação, etc. Os auctores divergem, quanto ao modo pelo qual se produz á hemorrhagia. Uns pensão que ha primitivamente um descollamento placentario que determina a ruptura dos vasos; outros que em primeiro logar se dá a ruptura vascular e que o derramamento entre o utero e a placenta é quem traz o descollamento della. Esta ultima opinião parece-

nos a mais provavel. A placenta, sustentada de um lado pelo utero e do outro pelas membranas e seu conteúdo; é difficil descollar-se; para que isto se dê, é mister um choque consideravel, capaz de romper as membranas e ao mesmo tempo descollar a placenta. Felizmente a acção destas causas não determina muitas vezes perturbações notaveis, e para comprovar o que acabamos de dizer, citamos o seguinte caso referido por M. Cazeaux: *j'ai eu l'occasion d'observer à l'Hôtel-Dieu, quand j'y étais interne du service des femmes en couches, une jeune fille enceinte de cinq mois, que déséspérée de l'abandon de son amant, s'était jetée, dans la Seine du haut du Pont-Neuf: à la suite d'une commotion aussi violente, la grossesse n'en continua pas moins son cours.*

Causas especiaes.—As causas especiaes exercem sua influencia em uma epocha adiantada da prenhez. Temos á estudar a inserção anormal da placenta, a ruptura do cordão umbilical e a retracção brusca do utero.

A inserção da placenta no segmento inferior do utero tem sido considerada como a causa mais frequente de perdas sanguineas, durante os trez ultimos mezes da prenhez e o trabalho do parto. Os parteiros antigos não conbecião esta inserção viciosa; quando elles encontravão um caso destes, pensavão que a placenta tinha cahido do fundo do utero por seu proprio peso sobre o collo. Quando encontravão a placenta ainda adherente no collo, julgavão que esta adherencia era accidental e produzida por coagulos sanguineos fortemente unidos ao tecido uterino. Foi Portal, quem primeiramente em 1685 publicou observações, procurou explicar como se davão as perdas nestes casos, e as suas explicações forão mais tarde acceitas por Levret e muitos outros. Heister e Giffart insistirão neste facto como uma causa de metrorrhagia. Esta inserção anormal pode dar-se ou na circunferencia do collo ou em differentes pontos.

Quando a placenta se estende muito perto da circunferencia do orificio chama-se marginal; incompleta ou parcial, quando não cobre senão uma parte; completa ou central, quando cobre em totalidade. Ha ainda uma inserção viciosa, chamada intra-cervical, admittida por Lachapelle e citada por esta celebre parteira. Porém esta forma de inserção ainda não está bem demonstrada e diz M. Cazeaux que necessita ainda de novas observações.

Diversas são as explicações para o mecanismo, segundo o qual se dá a hemorrhagia no caso de inserção da placenta no segmento inferior do utero. Dentre todas, a que parece-nos melhor é a seguinte: nos seis pri-

meiros mezes da prenhez, o utero se desenvolve particularmente á custa das fibras da parte superior do corpo ou do fundo do orgão. Nos trez ultimos mezes, as fibras do terço inferior do corpo do utero teem um desenvolvimento rapido, e o augmento da cavidade do orgão se faz á custa da distenção e do desenvolvimento desta parte inferior; assim o utero que tem nos primeiros mezes a forma de uma pera, apresenta no fim da gestação a de um perfeito ovoide. A placenta nos ultimos mezes se desenvolve mui lentamente. Resulta deste desenvolvimento lento, qne seus cotyledons se affastão, se repuxão, e á final esta adherencia cellulo-vascular cede, rompe-se, dando em resultado a perda sanguinea. Quando a placenta se insere sobre o collo uterino, a hemorrhagia se dá ordinariamente do oitavo mez e meio em diante, e é devida á abertura do orificio uterino. Diz M. Cazeaux: *alors, en effet, l'évasement du col de l'utérus, son effacement complet, doivent nécessairement avoir une grande influence sur la production et l'abondance de la perte, dans les cas où un des points de la circonférence du placenta a des rapports immédiats avec le col, mais surtout dans ceux où l'insertion a lieu, comme on dit, centre pour centre.*

A hemorrhagia nestas circumstancias tem sido considerada inevitalvel; entretanto a sciencia possue factos e observações que demonstrão que o collo pode se dilatar sem dar logar á perdas. Como explicar-se estes factos?....

Walter pensa que ha provavelmente uma communicação mais larga e mais facil entre as radiculas venosas e as arterias do utero, de sorte que o sangue passa sem derramar-se das arterias para as veias. Mercier diz que os vasos exhalantes do utero estão em um estado de constricção, de perversão de sua sensibilidade capaz de se oppor ao curso do sangue.

M. Moreau diz que nos casos observados os meninos estavão mortos, e sem duvida á muitos dias. Explica o facto da seguinte maneira: o feto succumbindo no utero, sobrevêm na circulação uterina mudanças necessarias pela parada da circulação fetal; o sangue contido nos vasos coagula-se, os vasos estreitão-se e alguns obliterão-se, não vai mais ao utero senão o sangue necessario para a sua nutrição, o estimulo tem desapparecido; e então a dilatação do orificio do collo pode se fazer sem hemorrhagia consideravel, posto que os vasos se achem despedaçados. Esta explicação parece-nos admissivel em alguns casos. Para outros casos acceitaremos a explicação de Jacquemier, que é a seguinte: o descollamento placentario tem sido completo ou bastante largo, para que o trabalho do parto o possa augmen-

tar, os vasos despedaçados anteriormente tem sido obliterados por sangue coagulado. E assim se explicão os factos nos quaes a perda, depois de ter-se reproduzido muitas vezes durante a prenhez, não se reproduz durante o trabalho. Emfim, quando a ruptura das membranas tem logar desde o principio do trabalho, a retracção do utero pelo corrimento do liquido, a compressão que a cabeça do feto exerce sobre a porção da placenta descollada põem um paradeiro ao corrimento sanguineo. A perda pode ter ainda por causa a ruptura do cordão umbilical. Esta ruptura pode depender de um estado morbido das tunicas vasculares, d'uma disposição anormal dos vasos do cordão e da curteza natural ou accidental do cordão. Baudelocque, Naegelé, Levret e outros citão factos que demonstrão, que durante o trabalho, pode dar-se uma hemorrhagia grave pela ruptura do cordão. A rectracção brusca do utero pode separar a placenta prematuramente da face interna do utero, e portanto dar logar á uma perda sanguinea grave. É o que se dá quando o utero distendido se acha de repente desembaraçado de uma parte de seu conteúdo, como nas prenhezes gemeas, depois da sahida de um dos fetos, ou no caso de hydro amnios, depois que corre uma grande quantidade de liquido.

SYMPTOMAS

Dividiremos os symptomas da hemorrhagia puerperal em geraes e locaes.

Quasi sempre a hemorrhagia puerperal é precedida de phenomenos precursores, taes como: inquietação, mal estar geral, cephalalgia, vertigens, fraqueza dos membros, inappetencia; appresentão-se signaes de congestões uterinas, como entorpecimento da bacia, dôr obtusa, gravativa na região lombo-inguino-crural, desejos frequentes de urinar, tambem appresentão-se nauseas, vomitos, plenitude e frequencia do pulso, coloração rubra da face.

Os symptomas geraes são: o pulso pequeno, molle, fluctuante, a respiração fraca e difficil, a pallidez da pelle, os labios exangues, as extremidades frias, um suor frio que cobre a face e o pescoço, a languidez dos olhos. Se a perda é abundante e se faz com rapidez, todos os symptomas augmentão de intensidade: o pulso gradualmente torna-se mais fraco, indistincto e finalmente quasi que não se sente. A acção do cora-

ção é tambem enfraquecida. Sobrevêm vomitos, vomiturações, syncopes, evacuações alvinas involuntarias, convulsões, delirio e finalmente a morte.

Os symptomas locaes varião segundo que a perda é interna ou externa. Quando o sangue corre para o exterior, a perda toma o nome de externa; quando o sangue se accumula na cavidade uterina, ella chama-se interna. O apparecimento do sangue na vulva em maior ou menor quantidade é um symptoma caracteristico da perda externa. Sendo a perda interna e pouco consideravel passa muitas vezes desapercebida; porém quando ella é abundante, além dos symptomas percursores, dá-se um augmento rapido no volume do ventre, o utero torna-se tenso, duro e resistente, toma algumas vezes uma forma irregular, parece dividido em dous lobulos, um occupado pelo ovulo, outro pelo sangue derramado. Em grande numero de casos, segundo M. Cazeaux, os movimentos do feto não são percebidos. Emfim diz o mesmo parteiro: quando a perda sobrevem durante o trabalho, o intervallo de cada dôr é assignalada pela sabida de coagulos mais ou menos abundantes. Isto tem logar porque no intervallo de cada dôr, a cabeça do menino não tapa hermeticamente o collo, deixa livre o orificio e permitte que o sangue corra.

O logar onde se faz o accumulo sanguineo na perda interna, que sobrevem em uma epocha avançada da prenhez, deve variar segundo o ponto do apparelho vascular utero-placentario, que é a séde do derramamento. O sangue pode se escapar dentre a face uterina da placenta e a parede uterina correspondente; então a perda continuando-se descolla a placenta em algum ponto de sua circunferencia, e se escapa descollando as membranas. Porém pode acontecer que a circunferencia da placenta não se descolle e o derramamento fica limitado pelos bordos da placenta.

Um facto citado pelo *New medical and physical Journal* em 1813 comprova o que acabamos de dizer. Uma mulher d'uma constitução fraca e delicada no ultimo mez da sua prenhez teve pela vulva um ligeiro corrimento sanguineo. Com a perda de 32 grammas teve uma syncope, o collo do utero apresentava uma rigidez extraordinaria e uma pequena dilatação. A doente morreu e pela autopsia se achou a placenta descollada somente em seu centro; os seus bordos estavão completamente adherentes, formando um cul-de-sac, no qual havia sangue coagulado.

A apoplexia placentaria é uma verdadeira hemorrhagia interna, na qual o sangue é retido no tecido proprio da placenta. Uma semelhante perda

não compromette a vida da mulher; porém compromette a vida do feto, e sua expulsão prematura é a consequencia. Segundo alguns authores, a hemorrhagia pode ter logar pela ruptura do cordão umbilical, ao depois do que o derramamento se faz no interior do amnios. Emfim tem-se admittido que a perda pode ter logar na face fetal da placenta e entre os diversos folhetos membranosos que constituem o sacco amniotico.

DIAGNOSTICO

Perda externa.—Algumas vezes é difficil diagnosticar-se uma perda sanguinea durante os trez primeiros mezes da prenhez, pois ha casos, ainda que raros, de mulheres regradas durante a gestação.

Quando uma mulher pejada tiver um corrimento sanguineo pela vulva, e que depois de um exame minucioso não tivermos certeza da verdadeira causa da perda, devemos seguir os preceitos de P. Dubois: *si vous observez les mêmes incommodités, les mêmes phénomènes qui, dans l'état normal, accompagnent chez votre malade l'eruption des règles, concluez-en que vous avez sous les yeux une simple évacuation menstruelle; dans le cas contraire portez une conclusion différente.* Se a perda é maior que nas menstruações ordinarias, se a doente tem colicas, e o fluxo sanguineo teve logar em virtude de uma causa violenta, se é seguido de um enfraquecimento geral e alguns symptomas geraes apparecem, então toda difficuldade desapparece.

Quando a perda tem logar nos ultimos mezes da prenhez ou durante o trabalho do parto, o diagnostico é facil; por que além da presença do sangue, existem symptomas geraes e locaes. Porém reconhecida a perda uterina, como reconheceremos a sua causa? Esta questão é algumas vezes difficil de resolver-se. Será devido ao desapêgo da placenta, em virtude de sua inserção no collo uterino, ou em um ponto visinho delle? Para chegarmos a esse fim é mister entrarmos em algumas considerações.

Hemorrhagia por inserção viciosa da placenta.—Os signaes, que annuncião a existencia desta inserção viciosa podem se dividir em signaes racionaes e em signaes sensiveis.

Signaes racionaes.—A hemorrhagia, que tem por causa a inserção da placenta no collo ou em um ponto visinho d'elle, apresenta-se sem pro-

domos, sem causa apreciavel ou muito insignificante, muitas vezes á noite, no repouso. Não apresenta-se ordinariamente antes do fim do sexto mez. A principio é de curta duração, porém de facil reproducção; e este reapparecimento é mais abundante e mais assustador. Se o trabalho tem começado e as membranas são intactas, a perda augmenta durante as contracções uterinas e diminue nos intervallos das dores; o contrario acontece quando a placenta se prende em outro qualquer ponto do orgão. Com effeito o utero se contrahindo, oblitera os vasos, quer pela retracção de seu proprio tecido, quer pela compressão que as partes contidas nesta cavidade exercem, mas no caso de que nos occupamos, as contracções dilatando o collo, distruem as adherencias vasculares que unem a placenta ao collo, e a hemorrhagia augmenta. A bolsa das agoas não se forma no caso de inserção completa ou central, como no trabalho ordinario; por que a inserção placentaria sobre o collo tapa o orificio, impede o segmento inferior do ovulo d'ahi se introduzir e de ficar ao alcance do dêdo.

Signaes sensiveis.—Deve-se praticar o toque, quando se procura reconhecer a inserção da placenta sobre o collo uterino. Quando se pratica o toque o dêdo explorador, depois de ter atravessado os coagulos, que enchem a vagina e a cavidade do collo, reconhece um corpo esponjoso e molle, que occupa totalmente ou em parte o orificio do collo.

Emprega-se algum esforço para o dêdo passar entre este corpo molle e esponjoso, cheio de anfractuosidades e o orificio uterino, e muitas vezes o dêdo não penetra sem descollar o corpo do ponto, pelo qual quer se introduzir. Porém pode acontecer que o dêdo encontre um ponto livre pelo qual penetre, não sendo possivel, entretanto, percorrer o resto da circunferencia do orificio. Não confundiremos a placenta com um coagulo sanguineo; porque este é friavel, menos resistente e mais movel; nem com os tumores fungosos ou cancerosos do collo, com as vegetações syphiliticas, polypos e tumores hydatidos; não só pelos antecedentes da molestia, como pelos symptomas geraes, e sobretudo depois de um exame minucioso. Algumas vezes uma camada de sangue coagulado cobre a superficie externa da placenta não permitte que o dêdo chegue sobre o seo proprio tecido e reconheça a sua existencia. Porém quasi sempre consegue-se distinguir os intervallos existentes entre os cotyledons da placenta, tendo-se desligado os coagulos sanguineos, que ahi estavão adherentes. Outras vezes a placenta, inserindo-se no segmento inferior do utero, acha-se muito distante do orificio interno. Então, contornando-se

o collo reconhece-se o bordo da placenta, ou as membranas mais espessas que de costume, e sobretudo um epichorion molle de uma espessura tripla ou quadrupla correspondendo ao lado do orificio, em que se acha implantada a placenta. Ha casos em que o dêdo não pode penetrar no orificio do collo, por elle não estar dilatado; então a exploração da parte inferior do corpo do utero pode facilitar o diagnostico.

A hemorrhagia pela ruptura dos vasos umbilicaes apresenta os mesmos symptomas que a perda produzida pela inserção da placenta sobre o collo. Somente o toque pode esclarecer o diagnostico, provando a ausencia da placenta sobre o collo uterino. Benckiser notou antes da ruptura das membranas uma especie de corda, que crusava em angulo agudo a abertura do collo.

Perda interna.—Se a hemorrhagia em vez de se apresentar no exterior, se dér na cavidade uterina, o diagnostico será tanto mais facil, quanto mais adiantada é a prenhez; e elle se baseará principalmente no augmento rapido do utero, na sua forma singular de concomitancia com as colicas uterinas, que de ordinario apresentão intervallos com as dôres lombares e hypogastricas, os resfriamentos das extremidades, a pallidez do rosto, os calefrios, etc.

As perdas uterinas são gravissimas depois da ruptura da bolsa das agoas, porque o sangue pode se derramar em abundancia no interior do ovulo ou recalcar as membranas. Neste caso, além dos symptomas geraes, nota-se o desenvolvimento do utero. Na tympanite, na hydropesia do amnios o utero pode tornar-se consideravel; porém a sonoridade no primeiro caso, a lentidão do desenvolvimento do utero no segundo, e a ausencia dos phenomenos geraes bastão sempre para o medico fazer um diagnostico certo. Tambem as syncopes podem sobrevir durante a prenhez e o trabalho do parto, sem que hajão perdas sanguineas; porém n'este caso o ventre não augmentará de volume. Quando a perda sobrevêm durante o trabalho do parto é seguida muitas vezes de um enfraquecimento geral e de suspensão das dôres. O ventre torna-se algumas vezes doloroso á pressão e em certos casos sente-se fluctuação.

PROGNOSTICO

O accidente o mais terrivel, que pode se apresentar durante a prenhez, no parto e depois da expulsão do feto e seus annexos é a hemorrhagia puerperal. A gravidade do prognostico depende muito da epocha em que ella sobrevêm, da sua abundancia, e da rapidez com a qual se faz.

Durante o trabalho do parto, este accidente será mais grave para a mulher e para o feto, quanto mais remota está a epocha, em que ella se apresenta do momento da expulsão do feto: mais grave para as primiperas, que para aquelles que já tiverão filhos. A gravidade depende ainda da constituição, do temperamento da mulher.

Ha mulheres que morrem ou correm grandes perigos depois de uma pequena perda sanguinea; outras pelo contrario podem perder uma quantidade consideravel de sangue sem ficar seriamente doentes. A hemorrhagia interna é, em geral, mais grave que a externa, porque muitas vezes não apresenta symptoma algum, pelo qual se possa reconhecer com certeza a sua existencia. Entretanto compromette no começo da prenhez a vida do feto, e a da mulher em uma epocha mais adiantada. A perda ainda é mais grave depois da ruptura das membranas.

A perda, que tem por causa a inserção da placenta no segmento inferior do utero é de todas a mais grave. É gravissima para a mulher; porque reproduzindo-se muitas vezes durante os ultimos tempos da gestação e trabalho do parto, necessita sempre da intervenção da arte; gravissima para o feto, porque esta intervenção não é sem perigo para elle e a interrupção da circulação utero-placentaria que resulta do descollamento da placenta o expõe á uma asphyxia mortal. A inserção viciosa mais funesta é aquella em que a placenta cobre inteiramente o orificio interno do collo. Neste caso acontece muitas vezes que a dilatação gradual do collo appressa o descollamento completo da placenta, e o ovulo se dividindo em um ponto mais ou menos affastado da circunferencia da placenta, ella pode ser expellida pela vulva muitas horas antes do feto.

Pode tambem acontecer que em virtude de contracções energicas, a cabeça do feto perfure a placenta pelo centro e passe atravez desta abertura. O Dr. Ingleby, fazendo autopsia no cadaver de uma mulher victima de uma hemorrhagia no momento em que ia se dar a expulsão do feto,

achou a cabeça na vagina tendo passado por uma abertura central da placenta.

TRATAMENTO

O tratamento das hemorrhagias se divide em geral e especial.

Meios geraes.—Os meios geraes manejados com perseverança dão bons resultados, principalmente quando a perda é pequena. Assim logo que se apresentar em uma mulher a hemorrhagia, deve-se collocar a doente em um quarto arejado, vasto e um pouco escuro, o leito deve ter um colchão um pouco duro. A paciente conservará a posição horisontal, ficando a bacia um pouco mais elevada que o resto do corpo, com o fim de diminuir a congestão uterina. O parteiro prohibirá a presença de pessoas indiscretas, e a de pessoas que por qualquer motivo incommodem a doente, e tambem o uso de cobertores muito pesados; elle procurará convencer a doente que o seu estado não é grave; por que, segundo diz Cazeaux, a calma do espirito não é menos essencial, que o repouso. Ao mesmo tempo applicará as bebidas frias e um pouco aciduladas, deve-se entreter a liberdade do ventre por meio dos clysteres e dos purgativos brandos, em fim pratique-se o catheterismo se existir estranguria.

Meios especiaes.—Os meios especiaes varião, segundo a epocha em que se dá a hemorrhagia, segundo a sua abundancia e sua gravidade. Trataremos em primeiro logar da hemorrhagia, que sobrevêm durante a prenhez.

Tratamento da hemorrhagia durante os seis primeiros mezes da prenhez.—Deve-se empregar os meios geraes e a phlebotomia, se a mulher é plethorica. Se a hemorrhagia continúa, applique-se os opiaceos, entre os quaes de ordinario se dá preferencia ao laudano de Sydehan em clysteres (20 gottas até 30 para cada clyster, que se pode repetir de hora em hora até o desapparecimento da perda.)A phlebotomia é contra-indicada se a mulher se acha abatida ou não é plethorica e deve-se recorrer aos opiceos, as compressas frias sobre a parte superior e interna das coxas, sobre os orgãos genitaes e hypogastrio, as injecções de liquidos frios e adstringentes na vagina; porém suspender-se-ha o uso do frio, logo que o estado geral da mulher denuncie grande abatimento. Neste caso faça-se uso dos revulsivos cutaneos sobre a parte superior do tronco, dos manilluvios sinapisados. Se apesar do emprego destes meios, a hemorrhagia

continuar com o estado adynamico bem caracterisado, é preciso reanimar as forças da doente por meio das excitações geraes e ao mesmo tempo empregar medicamentos que tenhão acção immediata sobre o utero, como o açafrão, a canella, a cravagem do centeio, etc. Mas se estes meios são insufficientes, empregue-se a rolha, que tem por fim alem de provocar contrações uterinas e a expulsão do feto, se oppõe a sahida do sangue para o exterior, determinando a formação de coagulos que vão obliterar as aberturas dos vasos, por onde elle se derrama. Para impedir que a perda externa torne-se interna, deve-se empregar de concomitancia com a rolha, a compressão abdominal por meio de compressas graduadas, mantidas por uma atadura larga e longa. Pode acontecer que a hemorrhagia resista á todos esses meios e termine pela morte da mulher, ou pela expulsão do feto e seus annexos, ou pela expulsão do feto, ficando na cavidade uterina a placenta e as membranas. N'este ultimo caso, deve-se extrahir as membranas e a placenta, sendo possivel; no caso contrario, empregue-se a rolha de combinação com a compressão, a cravagem do centeio, não só para facilitar a expulsão da placenta e das membranas, como para pôr um paradeiro á hemorrhagia.

Tratamento da hemorrhagia durante os trez ultimos mezes da prenhez.—Se a perda é procedida de symptomas geraes de plethora, empregue-se a phlebotomia, o laudano de Sydenham em clysteres. Se ella continua lance-se mão dos topicos frios sobre o baixo-ventre, as injecções frias na vagina os maniluvios sinapisados e sinapismos na parte postero-superior do tronco, poções frias e geladas, bexigas com o gélo sobre o abdomem e collo do utero. Quando ha o estado adynamico, os refrigerantes são funestos; por que podem produzir uma prostação mortal ou uma excitação tal, que venha augmentar os accidentes hemorrhagicos, promovendo ao mesmo tempo inflammações violentas para o utero e para o peritoneo. Se a perda apesar do uso destes meios continúa, deve-se empregar o centeio esporoado na dóse de 2 grammas, em tres partes de dez em dez minutos. Finalmente se a perda resiste ainda á esse meio e a mulher empallidece, o pulso torna-se pequeno, filiforme, a doente tem vertigens e a violencia dos accidentes ameaça ao mesmo tempo a vida da mulher e a do menino, não ha outro recurso, senão applicar-se a rolha ou provocar o parto pela ruptura artificial das membranas.

A acção da rolha não se limita em parar a hemorrhagia coagulando o

sangue, obra tambem como um corpo extranho, excita as contracções uterinas, as quaes a final expellem a rolha, o coagulos anguineo e o féto.

Apezar deste inconveniente a rolha é muito util, quando os meios já descriptos teem falhado, empregando-se de combinação com a compressão abdominal.

Cazeaux, querendo demonstrar os casos em que se deve empregar a rolha, cita uma memoria de Gardien nos seguintes termos:

A rolha deve ser applicada:

1º Quando a hemorrhagia depende da ruptura de uma varice nos collo do utero, ou no interior da vagina.

2º No despedaçamento do orificio do utero durante o trabalho e deve-se levar a rolha até o logar despedaçado.

3º Quando a placenta cobre completamente o orificio do collo.

4º Nas perdas que accompanhão os abortos que teem lugar no tres primeiros mezes, quer antes, quer depois do delivramento impossivel ou muito difficil.

5º Quando a dilatação do collo é impossivel ou pequena, e que por conseguinte é impossivel romper-se as membranas.

6º Emfim, quando as membranas estão rotas, porém a perda continúa e é impossivel praticar-se o parto forçado, como Lamotte e Smellie citão exemplos.

A rolha, quando não faça cessar a hemorrhagia, ao menos desperta contracções e ajuda a dilatação do collo, de sorte que após a extracção d'ella pode-se praticar a ruptura das membranas, no caso que seja preciso.

A esse respeito, diz M. Chailly-Honoré: *Alors quand on retire le tampon, on trouve les voies preparées, on peut opérer la rupture des membranes.*

Se a perda resiste á esse meio, deve-se promptamente praticar a ruptura artificial das membranas, porém quando já existirem contracções uterinas. Diz Lachapelle á este respeito: *Pour qu'on puisse y recourir avec avantage, il faut que le travail soit commencé; il faut aussi que le fœtus se présente dans une position convenable.*

Para praticar-se a ruptura, se introduz um ou muitos dedos no orificio do collo e procura-se gradualmente vencer sua resistencia; em virtude deste movimento dos dêdos, o utero entra em contracções, e durante as contracções, as membranas tornão-se tensas e se introduzem um pou-

co na parte superior do collo; nesta occasião pratica-se a ruptura por meio dos dêdos ou de um estylete.

Com a perfuração das membranas, não só se dá a contracção do utero e a sua retracção pela sahida do liquido amniotico, mas tambem a applicação de uma parte do féto sobre a superficie sangrenta, e esta compressão pode suspender a perda. Ao mesmo tempo que se pratica a ruptura das membranas, deve-se empregar as fricções abdominaes, as titillações sobre o collo do utero e a cravagem do centeio, com o fim de activar as contracções. Deve-se tambem levantar a cabeça do féto, quer a ruptura seja praticada com o dêdo, quer com o estylete, com o fim de facilitar a sahida do liquido.

Quando a hemorrhagia é devida a inserção da placenta sobre o collo, deve-se perfurar as membranas, se o collo está dilatado; no caso contrario applique-se a rolha de concomitancia com a compressão abdominal até que elle se dilate; e ao depois pratique-se a ruptura das menbranas. Se a placenta cobre completamente o orificio do collo, despegue-se uma porção da placenta sufficiente para chegar-se a cavidade uterina, ou empregue-se o processo de Gendrin, que consiste em perfurar a placenta com uma sonda de mulher.

Perda interna.—Nas perdas internas graves, se o collo está dilatado ou é dilatavel, deve-se terminar promptamente o parto pela versão ou pela applicação do forceps. O collo estando pouco dilatado, deve-se romper as membranas e empregar-se os meios capazes de activar as contracções do utero (fricções, titillações no collo, a cravegem do centeio); se a hemorrhagia sobrevem em uma epocha affastada do termo da prenhez, se a mulher é primipara, o orificio interno do collo achando-se fechado, resistente, deve-se empregar todos os meios capazes de despertar as contrações uterinas, e se estes meios são inefficases, tente-se a dilatação forçada do collo, e se isto não se pode obter, pratique-se incisões multiplas sobre o collo.

Tratamento da hemorrhagia durante o trabalho do parto.—Quando a perda sanguinea é pequena e a dilatação do collo pouco adiantada, o emprego dos meios geraes basta para fazel-a desapparecer. Não empregaremos o opio que tem o inconveniente de diminuir as contracções uterinas; não empregaremos a phlebotomia senão quando os signaes de plethora se appresentarem.

Se o collo está completamente dilatado e as membranas intactas, de-

ve-se praticar a ruptura dellas e activar as contracções por meio da cravagem do centeio. Quando a perda é abundante, e o collo não é dilatado nem dilatavel, empregue-se o centeio esporoado, os refrigerantes, a rolha, a ruptura das membranas, e, se ao depois do emprego de todos esses meios, a perda continúa e a introducção do dêdo no collo é impossivel, continue-se com o emprego da rolha e a compressão abdominal; emfim pratique-se a dilatação forçada do collo. Se a dilatação do collo é sufficiente, termine-se promptamente o parto.

SEGUNDA PARTE

Da metrorrhagia, que pode complicar o delivramento.

O accidente o mais terrivel que pode complicar o delivramento é a hemorrhagia.

Algumas vezes a retracção uterina que se dá depois da expulsão do féto, pode enfraquecer-se ou tornar-se irregular, ou finalmente desapparecer, e resultar d'ahi uma perda sanguinea mais ou menos grave.

Etiologia.—As causas da hemorrhagia por inercia do utero são predisponentes e determinantes. As primeiras são: a constituição plethorica, o temperamento lymphatico, a menstruação precoce e habitualmente muito abundante, o temperamento nervoso, emfim perdas abundantes em partos anteriores. As segundas são: um trabalho penoso e longo, pelo estado adynamico que lhe succede; á esta causa ligão-se todos os obstaculos á expulsão do féto, a excessiva distenção do utero ou seja o resultado de uma hydropesia do amnios, ou de uma prenhez gemea, pela paralysia do tecido uterino em virtude do alongamento mecanico de suas paredes; o parto muito precipitado, pelo estupor das paredes uterinas, e emfim, segundo Lachapelle, o repuchamento do utero, pela adherencia contrahida com o epiploon durante a prenhez, repuchamento que se oppõe, segundo ella, a retracção completa do orgão depois do parto.

Symptomas.—O utero depois do parto retrahe-se, e então sente-se na região comprehendida entre o umbigo e o pubis, um tumor duro, globuloso. Este tumor é a séde de dôres intermittentes mais ou menos inten-

sas. Na inercia incompleta estes phenomenos existem em um grau mui fraco.

Se a inercia é completa todos estes caracteres faltão; pela palpação é impossivel distinguir-se as paredes abdominaes das uterinas, e praticando-se o toque, penetra-se facilmente na cavidade do utero e encontra-se suas paredes flacidas e enrugadas.

Logo que a perda se declara, além dos caracteres da inercia uterina, nota-se uma sensação de peso sobre o estomago, pallidez da face, resfriamento das extremidades, fraqueza e pequenhez do pulso. Á estes signaes ajuntão-se alguns symptomas particulares á perda uterina, taes como: dôres nos rins, um calefrio espasmodico, uma sensação indefinivel de peso e aperto no epigastrio, algumas vezes accessos de hysteria ou movimentos convulsivos. Quando a perda é externa, a presença do sangue não deixa duvidas; porém quando ella é interna pode passar desappercebida, ou ser reconhecida quando não resta mais esperança de salvar-se a doente. Neste caso, entretanto, com alguma attenção, pode-se reconhecer a hemorrhagia interna.

Notaremos o augmento rapido e progressivo do utero, o dêdo introduzido na vagina achará o orificio uterino obstruido por coagulos, e chegando-se na cavidade uterina encontra-se uma grande quantidade de sangue coagulado e liquido.

Diagnostico.—Quando a perda é externa, basta a presença do sangue para fazer conhecer facilmente a natureza do accidente; mas o mesmo não se dá quando o sangue se accumula no interior do orgão. Comtudo a existencia dos symptomas geraes, das dôres na região sacro-lombar, o augmento rapido do volume do utero, a presença de coagulos sanguineos no collo uterino, etc., nos levarão á diagnosticar uma perda interna.

Alguns destes symptomas podem-se apresentar sem que haja hemorrhagia.

Os intestinos por longo tempo comprimidos pelo utero cedem ao esforço do gaz que elles contém, distendem-se, e tornão o abdomen tão volumoso como antes do parto, por causa da flacidez de suas paredes; porém a sonoridade do ventre pela percussão, o toque vaginal e o reconhecimento do globo-uterino pela palpação bastão para tirar toda duvida.

As syncopes podem ser devidas ao desapparecimento rapido da compressão dos vasos hypogastricos; em virtude deste desapparecimento a circulação torna-se livre, facil, e a rapidez, com a qual o sangue aban-

dona as extremidades superiores e o cerebro para dirigir-se aos vasos do baixo-ventre, determina muitas vezes syncopes.

A applicação de uma faixa moderadamente apertada sobre o ventre, uma posição horisontal bastão para fazer cessar este accidente.

Prognostico.—A hemorrhagia que se dá depois do parto é sempre um accidente grave. A perda será tanto mais abundante, quanto a inercia fôr mais completa e o descollamento mais consideravel.

A perda interna, em geral, sendo mais tarde reconhecida do que a externa, é por esta rasão um accidente mais temivel; por isso logo que a expulsão do féto tenha lugar, deve-se observar com muita attenção á mulher e seguir o preceito de Lachapelle: *il vaut bien mieux prévenir le mal que de le combattre*; e no entender da sabia parteira, os symptomas que particularmente indicão uma morte proxima ou um perigo eminente são: os calefrios violentos, uma dyspnéa sempre crescente, syncopes prolongadas, convulsões, dôres violentas e continuas nos rins, perturbações da visão, a cegueira mais ou menos completa, a dilatação das pupillas, as quaes são agitadas algumas vezes de movimentos oscillatorios.

TRATAMENTO

O tratamento da hemorrhagia por inercia do outro divide-se em preservativo e curativo.

Tratamento preservativo.—Deve-se empregar a phlebotomia uma ou mais vezes, se a mulher é plethorica. Ao findar o trabalho, deve-se empregar os meios proprios para dispertar a contractilidade do utero, estimulal-o pelas pressões e fricções no abdomem, pela applicação de compressas embebidas em um liquido frio, e sobretudo duas grammas de centeio esporoado em tres doses, se a mulher é fraca e delicada, e principalmente se ella já soffreu perdas uterinas em partos anteriores. Nas mulheres lymphaticas a maior parte dos parteiros mandão deter o quanto for possivel a terminação prompta e rapida do trabalho, conservando-se a mulher deitada logo que as dôres do parto se apresentem, evitando auxilial-as com esforços voluntarios; ao contrario recommendão que se accelere um trabalho longo e penoso, e ajude-se a natureza impotente antes que a mulher fique completamente enfraquecida e o utero caia em collapso. Os parteiros inglezes recommendão a sucção das mamas para combater a tendencia á

inercia, que o utero apresenta para certas mulheres. Finalmente, reconhecida esta tendencia, empregue-se a cravagem do centeio.

Tratamento curativo.—Nas perdas produzidas por inercia do utero, deve-se empregar, como o meio mais facil e mais seguro, a excitação directa sobre o collo e corpo do utero. Assim o parteiro com a mão esquerda friccionará a parede abdominal inferior, e com os dêdos da mão direita introduzidos na vagina fará titillações sobre o collo uterino. Se estes meios falhão, introduza-se a mão na cavidade uterina, com o fim de estimular-se a superficie interna do utero. Se a placenta foi expellida, e os coagulos accumulados na cavidade uterina impedem a retracção do utero, deve-se retirar os coagulos, e ao depois estimular o utero com as titillações e as fricções sobre o hypogastrio. Se estes meios são improficuos, lance-se mão das compressas frias sobre o hypogastrio, vulva e côxas, das injecções frias na vagina.

Alguns parteiros inglezes recommendão a applicação do ether sobre o hypogastrio por meio do apparelho pulverisador. Os topicos frios não podem ser empregados por muito tempo, por causa do estado adynamico que sobrevém, e é absolutamente contra-indicado seu emprego, se este estado já existe. Nos casos graves deve-se imitar á Evrat, que introduzia no utero um limão descascado e ahi espremia-o; ou então seguir a pratica de Desgranges, que consiste em introduzir uma esponja embebida em vinagre na cavidade uterina, deixal-a ficar ahi, prendendo-a com um cordão, afim de retiral-a, quando fôr necessario. Alguns parteiros teem gabado a introducção de um pedaço de gêlo no utero. Nos casos de hemorrhagia caprichosa, quando todos estes meios falhão, pode-se empregar a compressão abdominal, a rolha, a compressão da aorta, o centeio esporoado. Alguns praticos tambem recommendão o opio e a transfusão. 1.º—A compressão abdominal pratica-se applicando compressas largas sobre o hypogastrio, mantidas por meio de uma atadura apertada, quanto fôr preciso para aproximar bastante as paredes uterinas. Se este meio fôr improficuo, auxilie-se seu emprego com a rolha. 2.º—A rolha por si só tem o inconveniente de converter uma perda externa em interna; mas auxiliada pela compressão abdominal é um meio poderozissimo. 3.º—A compressão da aorta abdominal é aconselhada por muitos parteiros como um meio mui efficaz. Eis aqui como Baudelocque (citado por Cazeaux) aconselha que se faça esta compressão: *Faites fléchir les parties supérieures et inférieures de la femme sur le bassin; déprimez avec les quatre derniers doigts*

de l'une des mains la paroi abdominale immédiatement au-dessus du fond de la matrice; vous sentez alors les pulsations de l'aorte avec plus de facilité que l'on ne sent celles de la radiale. La durée de la compression peut être fort considérable sans que la femme en éprouve aucune espèce d'inconvénient. 4.º—A applicação do centeio deve ser aconselhada, quer como medicamento principal, quer como coadjuvante. Quando a hemorrhagia sobrevém antes do delivramento, a placenta pode estar em parte ou totalmente despegada. No primeiro caso deve-se empregar os meios já conhecidos para despertar as contracções, e então acabar de despegal-a e extrahil-a. No segundo caso deve-se procurar extrahil-a, e ao depois despertar a retractilidade uterina.

TERCEIRA PARTE

Da metrorrhagia lochial.

Pode acontecer que dias ou semanas depois do delivramento, tendo o utero se retrahido, sobrevenha uma metrorrhagia, que pode ter por causa uma inercia secundaria, uma congestão uterina, ou emfim um estado chloro-anemico.

Da inercia secundaria.—Algumas horas ou mesmo dias depois do delivramento, o utero, que tinha se retrahido convenientemente, pode cahir repentinamente em um estado de relachamento e dar logar á uma hemorrhagia. O utero augmenta de volume, suas paredes tornão-se molles. Ao mesmo tempo a doente empallidece, o pulso torna-se fraco e accelerado, e corre uma pequena quantidade de sangue pela vulva. Pela compressão escapão coagulos sanguineos pela vagina, e o tumor torna-se menos volumoso, mais duro e tenso, conserva-se neste estado em quanto dura a compressão exercida sobre elle. Pelo toque reconhece-se coagulos sanguineos no collo do utero e na vagina. O parteiro deve empregar todos os meios capazes não só de despertar a retractilidade do utero, mas tambem tornal-a permanente: assim praticará fricções sobre o hypogastrio, titillações sobre o collo, a compressão abdominal, e empregará uma gramma de centeio esporoado; ao depois de hora em hora 30 ou 40 centigrammas, segundo a tendencia do utero ao relachamento.

Das congestões uterinas.—As causas destas congestões nos escapão ás vezes; mas de ordinario ellas são devidas a retenção d'uma pequena porção da placenta ou de coagulos sanguineos, a existencia de polypos intra-uterinos. M. Lachapelle falla em uma hemorrhagia que sobrevém em uma epocha mais ou menos remota do delivramento, e que, segundo ella, é produzida por um molimen hemorrhagicum. Velpeau diz ter visto por duas vezes uma hemorrhagia, que sobreveio depois do delivramento, tendo o utero se retrahido desde quatro ou sete horas. Estas congestões podem ter ainda por causa a retenção de materias fecaes. Se a hemorrhagia tem por causa polypos intra-uterinos, deve-se extrahil-os. Quando é devida a retenção de materias fecaes, applique-se os clysteres e os purgativos brandos. Se é produzida por corpos estranhos, pratique-se a extracção delles, e se a perda continuar, empregue-se os meios que recommendamos, quando tratamos das perdas sanguineas, que podem complicar o delivramento.

Alteração do sangue.—Quando a perda sanguinea depender deste estado, empregue-se os meios geraes, a compressão abdominal de concomitancia com a applicação da rolha e o centeio esporoado. Alguns medicos recommendão o oxydo de zinco com o opio, na dose de cinco centigrammas, quatro vezes por dia, outros teem applicado com vantagem um largo vesicatorio na região sacra.

SECÇÃO CIRURGICA

Vicios de conformação da bacia e suas indicações

PROPOSIÇÕES

I.—Chama-se bacia viciada aquella que apresenta modificações nos seus diametros para mais ou para menos.

II.—As bacias podem ser viciadas no seu diametro antero-posterior, nos seus diametros obliquos e no transverso.

III.—A viciação no diametro antero-posterior é a mais commum.

IV.—A bacia typo dos alterações em um só diametro é a obliqua ovalar de Nœgélé.

V.—O traumatismo, a degeneração de tumores osseos, o rachitismo e a osteomalacia produzem a viciação da bacia.

VI.—A difficuldade do parto será, em geral, tanto maior, quanto o vicio de conformação da bacia fôr mais consideravel.

VII.—Diagnosticamos os vicios de conformação das bacias por duas ordens de signaes, que são racionaes e sensiveis.

VIII.—Os racionaes são os que se podem adquirir pela historia da vida anterior da mulher, pelo exame geral, sua constituição, etc.

IX.—Os signaes sensiveis são deduzidos do exame interno e externo da bacia.

X.—Os parteiros empregão para este exame instrumentos, aos quaes derão o nome de pelvimetros.

XI.—Ha diversas especies de pelvimetros; porém o melhor é o dêdo do parteiro.

XII.—As indicações para as bacias viciadas varião segundo o grau de deformidade.

SECÇÃO MEDICA

Vantagens da auscultação e percussão para o diagnostico

PROPOSIÇÕES

I.—A auscultação é um methodo de exame que tem por fim fazer perceber os ruidos normaes ou pathologicos, que se passão no interior do organismo vivo e apreciar o seu valor seméiotico.

II.—A percussão é um meio de exploração, pelo qual se observa o grau de sonoridade de qualquer ponto do corpo.

III.—A auscultação, como a percussão se divide em mediata e immediata.

IV.—Para a auscultação mediata nos servimos do stethoscopio, e para a percussão mediata do plessimetro.

V.—O descobrimento da auscultação mediata pertence á Laennec.

VI.—As obras de Hyppocrates demonstrão que elle conheceu, a auscultação immediata.

VII.—A gloria do descobrimento da percussão pertence á Avenbrugger.

VIII.—Pela percussão, o medico limita o volume e extensão dos orgãos e dos productos morbidos.

IX.—Para diagnosticarmos as molestias thoracicas, não podemos prescindir do emprego da auscultação e da percussão.

X.—A auscultação é um meio seguro de que o medico deve lançar mão para o diagnostico da prenhez.

XI.—A auscultação é imprescindivel no diagnostico differencial das lesões organicas do coração.

XII.—São incontestaveis as vantagens que resultão da applicação destes dous meios de exploração para o diagnostico.

SECÇÃO ACCESSORIA

Do infanticidio sob o ponto de vista medico-legal.

PROPOSIÇÕES

I—Chama-se infanticidio o crime de matar um recem-nascido.

II—Chama-se recem-nascido, segundo a lei que nos rege, o menino sanguinolento.

III—Para que haja infanticidio é mister vontade, recem-nascimento e vida.

IV—Muitas vezes o sentimento de vergonha leva uma mãi á violar os sagrados deveres da natureza; nesta occasião ella não tem consciencia de seus actos, sua razão se perturba, como diz Esquirol, é o delirio que conduz suas mãos sacrilegas.

V—O infanticidio é um crime muito frequente na sociedade actual, entretanto as mais das vezes passa impune.

VI—A escravidão, a ignorancia e a corrupção social concorrem muito para a perpetração deste crime.

VII—No nosso paiz este crime é frequentemente praticado por mães escravas, com o fim de livrarem seos filhos da escravidão.

VIII—O infantecidio pode ser por omissão ou por commissão.

IX—O nosso Codigo Criminal, quando trata de punir o crime, não estabelece differença entre o infanticidio por omissão e o infantecidio por commissão.

X—O medico legista, quando tratar de conhecer o crime, deve procurar minuciosamente reconhecer se o pulmão respirou.

XI—Muitas vezes pelo exame do cadaver antes da putrefação se reconhece se houve o crime.

XII—Pela prova docimasica hydrostatica de Galeno, com os signaes fornecidos pelo aspecto intimo dos pulmões, pode o medico-legista reconhecer se a criança respirou.

HIPPOCRATIS APHORISMI

I.

Vita brevis, ars longa, occasio prœceps, experientia fallax, judicium difficile.

(Sect. 1.ª, Aph. 1.)

II.

Mulieri, menstruis deficientibus, é naribus sanguinem fluere, bonum.

(Sect. 5.ª, Aph. 33.)

III.

Sanguine multo effuso, convulsio aut singultus superveniens, malum.

(Sect. 5.ª, Aph. 3.)

IV.

Mulieri in utero gerenti, si alvus multùm fluxerit periculum ne abortiat.

(Sect. 5.ª aph. 34.).

V.

Si fluxui muliebri et animi deliquium superveniat, malum.

(Sect. 5.ª, Aph. 56.)

VI.

Ubi somnus delirium sedat, bonum.

(Sect. 2.ª, Aph. 2.)

Bahia—Typ. de J. G. Tourinho—1871.

Remettida á Commissão Revisora. Bahia e Faculdade de Medicina 11 de Agosto de 1871.

Dr. Cincinnato Pinto.

Está conforme os Estatutos. Faculdade de Medicina da Bahia 14 de Agosto de 1871.

Dr. Moura.
Dr. Demetrio.
Dr. V. C. Damazio.

Imprima-se. Bahia e Faculdade de Medicina 16 de Setembro de 1871.

Dr. Magalhães
Vice-Director.